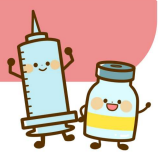
麻しん・風しんワクチンの接種を受けられる方へ



① このワクチンについて

予防できる病気：麻しん・風しん

このワクチンは、1回の接種で麻しんと風しんの2つの病気に対する免疫をつけることができ、感染予防が期待できます。

副作用救済制度について
本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が支給される場合があります。
詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

② 接種を受ける時の注意

・ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に医師に相談しましょう。

・受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。

・当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認しましょう。

・清潔な着衣をつけましょう。

・予診票は医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。

・予防接種を受ける人が女性の場合、あらかじめ約1カ月間は避妊しておきましょう。

③ 副反応

ワクチン接種後に、他のワクチン接種でもみられるのと同様に下記のような副反応がみられる場合があります。
通常は一時的なもので数日で消失します。

＜局所＞
・接種部位の赤み・腫れ・しこり・痛み

＜全身＞
・発疹・じんましん・紅斑・かゆみ
・発熱・だるさ・不機嫌

下記のような重篤な副反応は発生率が非常に低いとされていますが、接種後に異常な症状が現れた場合は、速やかに医療機関を受診することが推奨されます。

・ショック・アナフィラキシー
（じんましん、動悸、息苦しさなど）
・血小板減少性紫斑病
（紫斑、鼻出血、口の中の出血など）
・急性散在性脳脊髄炎
（発熱、頭痛、けいれん、意識障害など）
・脳炎、脳症
・けいれん（熱性けいれんを含む）

裏面もご覧ください

④ 禁忌の人

- 明らかな発熱（37.5℃を超える）がある人
- 重い急性の病気にかかっている人
- 過去に麻しん風しん混合ワクチンでアナフィラキシーを起こしたことがある人
- 免疫機能に異常のある病気がある人、または免疫を抑える治療を受けている人
- 妊娠している人
（ワクチン接種後は少なくとも2ヵ月間の避妊が必要です）
- 医師が予防接種を受けることが適当でないと判断した人

⑤ 注意が必要な人

- 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- かぜなどのひきはじめと思われる人
- 前回の予防接種後2日以内に、発熱・発疹・じんましんなどアレルギーが疑われる症状が出た人
- 薬の使用または食事（鶏卵、鶏肉など）により、皮膚の発疹や体の異常が出たことがある人
- 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 過去に本人または近親者で先天性免疫不全と診断されたことがある人
- 家族、友人、クラス内で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどが流行しているときに、まだその病気にかかったことがない人
- 本剤の成分に対してアレルギーを起こす可能性がある人
- エリスロマイシン、カナマイシンの抗生物質に対してアレルギーの既往がある人
（ワクチン製造時にこれらの抗生物質を使用）
- 最近1か月以内に予防接種を受けた人
- 気管支喘息のある人
- 妊娠の可能性がある人
（ワクチン接種後は少なくとも2ヵ月間の避妊が必要）

⑥ 接種後の注意事項

- 接種後30分間は院内で様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡が取れるようにしましょう
- 接種後4週間は体調の変化に注意しましょう
- 接種部位は清潔に保ち、入浴は可能ですが接種部位をこすらないようにしましょう
- 接種当日は激しい運動を避け、いつも通りの生活を心がけましょう
- 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出た場合は、速やかに医師の診察を受けましょう
- 接種後2か月間は妊娠しないように注意しましょう
- ワクチン接種全般でみられることがありますが、血管迷走神経反射によりめまいや立ちくらみが起こる可能性があるため、車の運転や高所での作業には注意しましょう

西梅田シティクリニック
Nishiumeda City Clinic

任意接種用

予防接種予診票（麻しん・風しん混合ワクチン）

診察前の体温	℃

太枠内を黒のボールペンで記入して下さい。

（フリガナ） 氏名	男・女	生年月日	西暦　年　月　日 （　歳　か月）	保護者 氏名	未成年の場合のみ
〒　- 住所			TEL　—　—		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
今までに麻しんワクチン、風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチン、いずれかの予防接種を受けたことがありますか	はい（　歳頃　回）	いいえ	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか ※「はい」と答えた方　具体的にどのような症状ですか（症状:　）	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか（気管支ぜんそくなど）	はい（病名:　）	いいえ	
最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名:　）	いいえ	
最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい（病名:　）	いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名:　）	いいえ	
今までに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか ※「はい」と答えた方　具体的にどのような症状ですか（症状:　）	はい	いいえ	
今までに下記のような特別な病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか 先天性異常 ・ 心臓 ・ 腎臓 ・ 肝臓 ・ 血液 ・ 脳神経 ・ 免疫不全症 ・ 悪性腫瘍 ・ その他の病気	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方　その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	はい（　頃　回くらい）（最後は　頃）	いいえ	
※「はい」と答えた方　ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい（　℃）	いいえ	
薬や食品などでアレルギー症状（じんましん、アナフィラキシー）を起こしたり、体の具合が悪くなったことがありますか ※「はい」と答えた方　薬・食品など原因になったもの（　）	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい（　頃）	いいえ	
【女性の方に】下記にあてはまることはありますか。 □ 妊娠している　□ 妊娠の可能性がある（生理が予定より遅れているなど）　□ 授乳中である	はい	いいえ	
接種後2か月間の避妊についてご理解いただけましたか	いいえ	はい	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

今回の予防接種の目的と効果、副反応の可能性などについて理解した上で、今回の予防接種を希望しますか？

（ はい ・ いいえ ）

＊かっこの中のどちらかをえらんで下さい

本人の署名（もしくは保護者の署名）

代理人の場合：続柄（　）

＊医師の記入欄

問診及び診察の結果、今日の予防接種は下記のように判断しました。

（実施できる　・　見合わせた方が良い）

本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度などについて、説明しました。

医師名

印

使用ワクチン名	ロット番号	接種部位	接種量		
【使用するものにチェック】 □ 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン「タケダ」 □ はしか風しん混合生ワクチン「第一三共」 □ ミールビック		皮下注射 右 ・ 左	0.5mL	医療機関	大阪府大阪市北区梅田 2-1-18 富士ビル2階・3階 西梅田シティクリニック 赤松　敬之　印
				接種年月日	令和　年　月　日

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。　記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。